



**GRAN ALIANZA DE USUARIOS DEL HOSPITAL  
DEPARTAMENTAL DE  
GRANADA ARIARI - AMEM**



**FICHA DE INGRESO ALIANZA DE USUARIOS HDG ARIARI-AMEM**

**INSCRIPCION N°** \_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**EPS O REGIMEN ESPECIAL:** \_\_\_\_\_

**TIPO DE AFILIADO**

**COTIZANTE:** \_\_\_\_\_ **BENEFICIARIO:** \_\_\_\_\_

**NOMBRE Y APELLIDOS:** \_\_\_\_\_

**CEDULA N°:** \_\_\_\_\_ **EXPEDIDA EN:** \_\_\_\_\_

**CIUDAD:** \_\_\_\_\_ **BARRIO:** \_\_\_\_\_ **VEREDA:** \_\_\_\_\_

**DIRECCION:** \_\_\_\_\_ **CELULAR:** \_\_\_\_\_

**E-MAIL:** \_\_\_\_\_

**Marque Con Una X La Comisión De Trabajo En El Cual Desea Participar Voluntariamente:**

<b>COMITÉ DE ETICA HOSPITALARIA</b>	
<b>COMITÉ DE PERSONAS EN CONDICION DE DISCAPACIDAD</b>	
<b>COMITÉ DE ATENCION AL USUARIO</b>	

**HE LEIDO LOS ESTATUTOS, LOS ACEPTO Y ME COMPROMETO A CUMPLIR A CABALIDAD LO QUE EN ELLOS ESTA ESTABLECIDO.**

**FIRMA DE SOLICITANTE:** \_\_\_\_\_

**FIRMA REPRESENTANTE LEGAL:** \_\_\_\_\_

**SECRETARIA:** \_\_\_\_\_